質 問 書

令和７年 月 日

（あて先）

仙 台 市 長

所 在 地

事業者名

代表者職氏名

（件 名）令和７年度仙台市乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）実施事業者選定

|  |
| --- |
| 質 問 事 項 |
|  |

連絡担当者

　　所属

氏名

電話

FAX

E-mail

注：質問がない場合は質問書の提出は不要です。